

Oznaczenie jednostki zlecającej:	 Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15B	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> miejsce na nalepkę COI </div>
	Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej 02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5 tel. 22 546 23 69, 22 546 33 61 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15 Tel.22 570 92 02, 22 570 92 85	

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

Tryb wykonania: <input type="checkbox"/> INTRA (bardzo pilny) <input type="checkbox"/> BREAST CANCER UNIT (pilny) <input type="checkbox"/> DiLO (pilny) <input type="checkbox"/> CITO (pilny) <input type="checkbox"/> RUTYNOWY (normalny) <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne, nr protokołu:	Oczekiwana data wyniku (dla DiLO): <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; text-align: center;"> RRRR - MM - DD </div>
--	--

DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

..... Imię (imiona) i nazwisko pacjenta		Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Nieznana
<div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> Numer PESEL </div>	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> Numer PID (w przypadku pacjenta COI) </div>	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> RRRR - MM - DD Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) </div>

Dokument stwierdzający tożsamość¹:

Adres miejsca zamieszkania²:

..... Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego ⁶ Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego ^{2,6}
---	---

Rozpoznanie wstępne kliniczne:

.....
wg ICD10 (5 znaków)

Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne? Tak (wskazać jakie?) Nie

Wcześniejsze rozpoznanie:

Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii? Tak Nie

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, stosowane leczenie:
.....

Uwagi dotyczące wykonania badania:
.....

POBRANY MATERIAŁ⁴ (wypełnia lekarz kierujący)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja zmiany	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja zmiany
1.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		4.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		5.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
3.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		6.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	

Data i godzina pobrania materiału: <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> RRRR - MM - DD HH : MM </div>	Data zlecenia: <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> RRRR - MM - DD </div>	Liczba pojemników: <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> </div>
--	--	---

Data i godzina przyjęcia materiału (wypełnia laboratorium): <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> RRRR - MM - DD HH : MM </div>	Przyjął:	Oznaczenie lekarza kierującego ⁵ :
---	----------	---

POBRANY MATERIAŁ – ciąg dalszy (wypełnia lekarz kierujący w przypadku powyżej 6 naczyń z materiałem)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja zmiany	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja zmiany
7.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		16.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
8.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		17.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
9.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		18.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
10.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		19.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
11.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		20.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
12.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		21.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
13.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		22.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
14.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		23.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
15.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		24.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:	
Uwagi:			Oznaczenie lekarza kierującego ⁵ :		

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

W przypadku badań tkanek układu szkieletowego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz badań materiału z płuc w śródmiąższowych chorobach płuc do skierowania na badanie dołącza się radiogram lub inne badania obrazowe oraz opis badań obrazowych lub endoskopowych.

¹ Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.

² Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.

³ Rodzaj materiału – Narząd cały, Narząd wycinek, Narząd punktów, Guz cały, Guz wycinek, Tkanka, Wyskrobiny, Płyn, Plwocina, Rozmaz.

⁴ W przypadku liczby naczyń z materiałem większej niż 6, wypełnia się tabelę na drugiej stronie.

⁵ Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

⁶ Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.